Özel EKOL HASTANESİ

MERKEZİ STERİLİZASYON ÜNİTESİ OTOKLAV CİHAZI İNDİKATÖR VE DÖNGÜ TAKİP FORMU

TARİH: …./…./20….

DÖNGÜLER			
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:
Döngü No: Tarih : …./…./20…. Saat : ….:….	Yüklemeyi Yapan Görevli Ad / Soyad - İmza:	Sterilizasyon Süreci Süre (dk): Isı (°C) : Test : ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Sonuç:

BİYOLOJİK İNDİKATÖR	KİMYASAL İNDİKATÖR
Kontrol Tarihi: …./…./20…. Kontrol Saati : ….:…. Değerlendirme: ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	Değerlendirme: ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

KAÇAK HAVA TESTİ ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	
	Son Yapılan Test Tarihi: Test Sonucu: ……. mBar

BOWIE-DICK TESTİ ☐ Olumlu ☐ Olumsuz	
Döngü No: Tarih: …./…./20…. Saat: ….:…. Testi Yapan Görevli:	**Kontrolü Yapan Sterilizasyon Görevlisi** **Ad/Soyad - İmza:**